

**Programa de Alimentación (CACFP)  
FORMA DE ELEGIBILIDAD DE INGRESOS (2019-2020)**

**Parte 1- Niños Inscritos en la Guardería**

Anote los nombres y las edades de los niños inscritos en la guardería. Indique la identidad racial y étnica de cada niño. Si usted deja de llenar esta información, un representante del centro tendrá que completar la información mediante una identificación visual. Esta información es usada estrictamente para reportes estadísticos, y no afecta la elegibilidad de participación en el programa. **Nota:** A= Asiático; IA/NA= Indio Americano o Nativo de Alaska; N/AA= Negro o Afro Americano; H/IP= Hawaiano o de las Islas del Pacífico; B= Blanco.

Nombre	Apellido	Edad	Identificación Étnica (seleccione una) y Identificación Racial seleccione una o más de una si se aplica)
			Étnica: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino Raza: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> AI/NA <input type="checkbox"/> N/AA <input type="checkbox"/> H/PI <input type="checkbox"/> B
			Étnica: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino Raza: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> AI/NA <input type="checkbox"/> N/AA <input type="checkbox"/> H/PI <input type="checkbox"/> B
			Étnica: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino Raza: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> AI/NA <input type="checkbox"/> N/AA <input type="checkbox"/> H/PI <input type="checkbox"/> B

La participación en determinados programas permite automáticamente que el participante pueda beneficiarse de comidas gratuitas dentro del programa CACFP con la documentación correspondiente. Marque una de las casillas a continuación si uno o más de los niños indicados anteriormente es:  Hijo de acogida y es responsabilidad del Estado, o fue colocado por la corte con los padres de acogida  Niños o madre embarazada inscrito (a) en el programa de Early Head Start /Head Start, or Even Start  Es un niño sin hogar, o un niño migrante o fugitivo.

Lea el reverso de esta página para consultar cuál es la documentación obligatoria a fin de demostrar que se cumple con los requisitos. **Importante:** si seleccionó alguna de estas casillas y la selección corresponde a TODOS los niños mencionados anteriormente, **VAYA DIRECTAMENTE A LA PARTE 5** (firma).

**Parte 2- Programas de Asistencia:** ¿Recibe alguna de las personas en su hogar los beneficios de uno de los programas listados a continuación? Si no, **CONTINÚE EN LA PARTE 3**. Si alguna persona en su hogar participa en alguno de los programas, por favor indique cuál de los programas y escriba el número de caso (sólo se le requiere reportar el número de uno de los programas) y **CONTINÚE EN LA PARTE 5** (firma).

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Suplementaria de Alimentos (SNAP)                       | Número de caso: _____                 |
| <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)               | (No se acepta el número de la tarjeta |
| <input type="checkbox"/> Programa de Distribución de Alimentos para las Reservaciones Indígenas (FDPIR) | Quest o el número de Seguro Social.)  |

**Parte 3- Reporte de Ingresos:** Anote los nombres de todas las personas que viven en el hogar, quienes no están incluidos en la Parte 1. Anote los ingresos que recibió cada miembro de la familia en el mes anterior a la fecha de esta solicitud. Indique si el ingreso es semanal (S), mensual (M), o anual (A). En caso de ingresar '0' o dejar los espacios en blanco, se entiende que no tiene ingresos que declarar. Lea el reverso de esta página para consultar las definiciones del término "ingresos".

Nombre y apellido	Ingreso bruto/ Salarios / Sueldos	Otros ingresos	Para uso exclusivo del centro
	\$ S M A	\$ S M A	\$ S M A
	\$ S M A	\$ S M A	\$ S M A
	\$ S M A	\$ S M A	\$ S M A
	\$ S M A	\$ S M A	\$ S M A
<b>Total de personas que viven en el hogar</b>	<b>Nota:</b> Si fuera necesario convertir algunos de los ingresos a un ingreso anual, multiplique el ingreso semanal por 52, el ingreso de dos veces por semana por 26, y el ingreso mensual por 12.		<b>Ingreso total:</b> \$ S M A

**Parte 4- Número de Seguro Social:** Si el adulto miembro del hogar que llena esta solicitud no proporciona un número de TANF, SNAP o de FDPIR en la Parte 2 de esta solicitud, la persona que completa la solicitud deberá proporcionar los 4 últimos números/dígitos de su Seguro Social (NSS).

X	X	X	-	X	X	-					<input type="checkbox"/> Si no tiene un número de Seguro Social, marque esta casilla.
---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	---

**Parte 5 Firma:** Yo, certifico que la información en esta solicitud es correcta y auténtica. Entiendo que esta información está condicionada al recibo de fondos Federales. Esta información pudiera ser verificada. Cualquier información deliberadamente falsificada podría conducir a juicio, en conformidad con las leyes Federales y Estatales. **Nota:** Si alguno de los niños listados en esta solicitud es un niño de acogida, esta solicitud puede ser firmada por un oficial de la corte u otra agencia encargada del bienestar del niño.

_____ Firma del Adulto Miembro del Hogar	_____ Domicilio		
_____ Escriba su Nombre en Letra Imprenta	_____ Ciudad	_____ Estado	_____ Código Postal
_____ Fecha	_____ Teléfono de la Casa	_____ Teléfono del Trabajo	

**Los ingresos, el salario o el sueldo brutos tienen los siguientes significados, entre otros:**

- "Ingreso" se refiere al ingreso bruto o el ingreso antes de las deducciones.
- Inversiones monetarias por servicios prestados, incluyendo jornales, salarios, beneficios de huelga, comisiones u honorarios, y por dividendos o intereses en cuentas de ahorro, de inversiones, de fideicomisos, o ingresos de otras cuentas.
- Ingreso neto por trabajo independiente o agrícola.
- Pagos de la Seguridad Social, asistencia o bienestar públicos (ejemplo: TANF, Asistencia General o Ayuda General), pensión por divorcio, pagos para el mantenimiento de los hijos, pensión de desempleo.
- Pensiones privadas, rentas anuales, beneficios de jubilación, beneficios por incapacidad, beneficios de veteranos, dividendos o intereses en bonos de ahorro, ingresos por rentas o fideicomisos, regalías o derechos por renta.
- Asistencia económica al estudiante (subsidios o becas) no usados en los gastos educativos
- Contribuciones o ayudas regulares de personas que no viven en el hogar, o cualquier otro dinero disponible para pagar por la alimentación del niño(s).
- Ingresos del niño: los ingresos que actualmente reciba un niño o un estudiante que esté cursando el 12º grado o un grado menor, independientemente de la edad, que sea empleado regular a tiempo parcial o a tiempo completo, o que reciba ingresos por otros medios, como SSI o la Seguridad Social. Los ingresos esporádicos, como los que pueda obtener por actividades como cortar el césped o hacer de niño(a) de forma ocasional, no se consideran como ingresos y no deben incluirse en la presente solicitud.

**Los siguientes documentos son obligatorios para reunir los requisitos de forma automática:**

- Documentación de la agencia de colocación verificando que el niño es hijo de acogida.
- Uno de los siguientes documentos de la oficina de Head Start or Even Start: 1) Una copia de la aplicación aprobada por Head Start or Even Start; 2) Un documento de inscripción del programa de Head Start; 3) La lista oficial de participantes del programa de Early Head Start o Head Start; 4) Documentación del oficial de Even Start verificando que el niño todavía no ha entrado en Kindergarten.
- Documentación que verifique la condición del niño por parte del director del refugio para desamparados, del Coordinador del Programa de Educación al Migrante, o de un funcionario del Program de Jóvenes Fugitivos Sin Hogar.

Revised 07/2019

**PARA USO EXCLUSIVO DEL CENTRO/FOR CENTER STAFF USE ONLY**

Income Category (check one):  Free  Reduced  Paid (Ineligible for Free or Reduced Priced meals)

This form expires 12 months after the month in which the institution makes the determination. Example: If the determination is July 2019, the form is valid from July 1, 2019 through July 31, 2020. The institution may use the date the parent/guardian signs the Income Eligibility Form, OR the date the institution's official makes the determination and signs the Income Eligibility Form.

The same approval method selected must be used for all forms approved by the institution.

Determination Date:

Month	Year

\_\_\_\_\_  
Signature of Center's Eligibility Official

### USDA Nondiscrimination Statement

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA. Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas. Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por: (1) correo: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.